



Proporcionando asistencia
nutricional para personas
de todas las edades

Solicitud para

Estampillas para comida

Siga estos pasos sencillos para solicitar estampillas para comida.

Nota: Si está discapacitado/incapacitado o necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor avísele a un trabajador y alguien le ayudará.

Paso 1: Complete todo lo que pueda en la solicitud, fírmela y envíela a la oficina local de estampillas para comida. Necesitamos al menos su nombre, dirección y firma. **Si no tiene dinero para comprar comida, es posible que pueda recibir estampillas para comida de emergencia dentro de tres (3) días. Usted necesita contestar todas las preguntas marcadas con una (✓) en todas las páginas.**

Paso 2: Se le programará para una entrevista con un trabajador de estampillas para comida quien revisará esta solicitud con usted y le hará otras preguntas para completar el proceso de la solicitud.

Paso 3: Usted tiene que traer pruebas de identificación e ingresos a su entrevista. Debe traer otros documentos también, tales como recibos de renta, cuentas de los servicios públicos y municipales, o talones de cheques de pago. Si no reporta ni proporciona pruebas de sus gastos, no se permitirá ninguna deducción en sus ingresos para esos gastos.

Información importante para personas inmigrantes

- Usted puede solicitar y recibir estampillas para comida para los miembros de su familia que son elegibles, aun si su familia incluye a otros miembros que no son elegibles debido a su situación migratoria. Por ejemplo, padres inmigrantes pueden solicitar beneficios de estampillas para comida para sus hijos que son ciudadanos de los Estados Unidos o que son inmigrantes calificados aunque es posible que los padres no sean elegibles para los beneficios.
- No tiene que proporcionar información, números de Seguro Social, ni documentos acerca de la situación migratoria de los miembros de la familia que no son elegibles debido a su situación migratoria y quienes no están solicitando estampillas para comida.
- El usar estampillas para comida no afectará la situación migratoria de usted ni la de su familia. La información acerca de la situación migratoria es privada y confidencial.

Solicitando estampillas para comida

Información y consejos útiles

Favor de leer lo siguiente—no hay nada que llenar en esta página.

LO QUE SIGNIFICA CUANDO DECIMOS

Para ayudarle a entender algunas de las palabras que se usan en la solicitud y en la entrevista, consulte las definiciones en seguida.

Usted, cualquier persona, todas las personas — Cualquier persona y todas las personas que viven en su hogar y quienes están solicitando estampillas para comida. Cuando necesitemos información sobre las otras personas en el hogar, se lo preguntaremos.

Su grupo — Las personas que viven en el hogar quienes compran y preparan la comida juntas, y que solicitan las estampillas para comida.

Estampillas para comida — Beneficios para grupos con bajos ingresos para ayudarles a comprar comida.

Servicio urgente de estampillas para comida — Estampillas para comida disponibles dentro de 3 días.

Recursos: Dinero que usted tiene, tal como:

- Dinero en efectivo a la mano, cheques que no se han cambiado, dinero en cuentas corrientes o de ahorros, certificados de ahorros, etc.
- Escrituras de fideicomiso, pagarés, bonos o valores, etc.

Servicios públicos y municipales — Gas, electricidad, calefacción, gasolina, teléfono (cobro básico), instalación de servicios, recolección de basura, agua, alcantarillado, etc.

Ingresos — Dinero que se recibió o que se espera recibir este mes, como:

- Ingresos ganados, asistencia pública, mantenimiento de hijos, pagos suplementales de seguridad (SSI) o de Seguro Social, o pagos para veteranos
- Pagos de pensión o jubilación
- Beneficios del Seguro contra Desempleo (UIB) o del Seguro del Estado contra Incapacidad (SDI) u otra discapacidad
- Fondos de huelga, pagos de inquilinos, subvenciones y préstamos escolares
- Regalos o premios de dinero en efectivo, o cualquier otro pago en efectivo

Asistencia Monetaria — Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs), Asistencia para Refugiados o programas locales de su Condado de asistencia monetaria (Asistencia General/Ayuda General), o Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes (CAPI).

OTRAS COSAS QUE USTED DEBE SABER

- **Tal vez usted se pregunta por qué hacemos algunas de las preguntas. Todas las preguntas son requeridas por la ley federal/estatal para determinar su elegibilidad para estampillas para comida.**
- Usted puede solicitar estampillas para comida y asistencia monetaria a la misma vez y tener solamente una entrevista para los dos, excepto cuando solicite Asistencia General/ Ayuda General (*General Assistance/General Relief*) como una forma de asistencia monetaria.
- Si se pierde por correo sus estampillas para comida, documento de autorización (AD) o tarjetas de emisión, debe reportarlo antes del fin del mes en que los debe haber recibido. Pero si fueron robados o destruidos, debe reportar su pérdida dentro de 10 días a partir de la fecha en que ocurrió el incidente.
- Si usted recibe demasiadas estampillas para comida, usted tendrá que repararlas y/o sus beneficios se podrán bajar o parar. Su número de Seguro Social (SSN) se usará para cobrar la cantidad de beneficios que usted debe, por medio de las cortes, otras agencias de colección, y por acción de colección gubernamental federal.
- Su SSN se usará para verificar su identidad para prevenir participación en duplicado y para verificar la elegibilidad y los beneficios. El SSN se usará en comparaciones por computadora para verificar sus ingresos y recursos con archivos de las agencias de impuestos, asistencia pública, empleo, la Administración de Seguro Social, y otras. Las diferencias se investigarán con usted y con los empleadores, bancos, u otros. La participación fraudulenta en el Programa de Estampillas para Comida puede resultar en acción civil o criminal o acciones administrativas.
- El proporcionar su SSN no se requiere cuando al principio entregue su solicitud. Sin embargo, se le pedirá información para calcular la elegibilidad y beneficios para los otros miembros de su hogar. Usualmente, usted tendrá que darnos su SSN(s) o evidencia de que ha solicitado un SSN antes de que le podamos dar los beneficios. Podemos negar los beneficios a usted o a cualquier miembro de su hogar por su falta de proporcionar un SSN.

QUEJAS Y AUDIENCIAS CON EL ESTADO

Si usted tiene una queja, trate de resolverla con el condado. Si no se puede resolver, puede llamar o escribir a:

California Department of Social Services
744 P Street M.S. 19-37
Sacramento, CA 95814

Número de teléfono: 1-800-952-5253,
o para las personas con problemas de sordera o del habla,
llame 1-800-952-5349

Si usted cree que alguna acción tomada por el Condado está equivocada, puede pedir una audiencia con el Estado escribiendo a su oficina local de bienestar público del condado o al llamar uno de los números anotados arriba. Tiene que pedir una audiencia dentro de noventa (90) días a partir del día de la acción, y explicar por qué la quiere.

La ley dice que todos los solicitantes/beneficiarios de asistencia, beneficios o servicios se deben tratar justamente, sin considerar a la raza, color, origen nacional, afiliación política, religión, estado civil, sexo, edad o discapacidad/incapacidad.

Si usted piensa que se le ha discriminado, puede presentar una queja al:

1. Comunicarse con el coordinador de derechos civiles de su condado; o

2. Escribir o llamar a:

La Oficina de Derechos Civiles del Estado, M.S. 15-70,
P.O. Box 944243, Sacramento, CA 94244-2430

Teléfono gratuito: 1-866-241-6241

2. O, *solamente para estampillas para comida, escribir a:*
Secretary of Agriculture
U.S. Department of Agriculture
14th & Independence Avenue, S.W. Room 200A
Administration Building
Washington, D.C. 20250

Solicitud para estampillas para comida

Información sobre el solicitante

1. Por favor complete la siguiente información personal para la persona que pide los beneficios de estampillas para comida.

Nombre (Apellido, primer nombre, nombre que usa en medio)	
Número de teléfono (incluya el área)	
Domicilio (Calle, apartado postal, # de departamento)	
Ciudad, estado, código postal	
Dirección para el correo (si es diferente al domicilio)	
Ciudad, estado, código postal	

2. La oficina de Estampillas para Comida le puede proporcionar un intérprete sin costo para usted.
¿Quiere que un intérprete esté en su entrevista? Sí No ¿En que idioma? _____

3. Para ayudarnos a mejorar los servicios que le proporcionamos, favor de completar las secciones A y B abajo. Esto no afectará su elegibilidad.

- A. GRUPO ETNICO – Blanco Hispano Negro Filipino Chino
 Indígena de los EE.UU. o de Alaska Japonés Coreano Guameño Samoano
 Vietnamita Indio Asiático Laosiano Hawaiano
 Otro asiático o Isleño del Pacífico (especifique) _____

- B. IDIOMA PRINCIPAL – Inglés Español Laosiano Tagalog
 Idioma Americana de Señas Cantonés Camboyano Vietnamita Ruso
 Otro (especifique) _____

✓ 4. Alguien en el hogar: (marque más de uno si se aplica)

- Está discapacitado/incapacitado Está sin hogar
 Es de edad avanzada (60 años de edad o más) Es trabajador del campo migrante/de temporada
 Está sin dinero para comprar comida ¿Ha dejado de recibir sus únicos ingresos? Sí No

5. ¿Tiene usted una condición mental o física que requiera arreglos especiales durante su entrevista con el trabajador de estampillas para comida? Sí No

✓ 6. ¿De cuánto es su pago de renta o de hipoteca este mes? \$ _____

✓ 7. Si los servicios públicos y municipales no se incluyen en su renta mensual, ¿cuánto paga? \$ _____

Se me ha informado sobre cómo solicitar estampillas para comida de emergencia dentro de 3 días.	
_____	_____
Firma	Fecha

Sólo para el uso del Condado:

Case Name _____ Case # _____

Application Type: New Recert Date received by County _____

Screened for Expedited Service (ES)? Yes No ES Eligible Yes No

Solicitud para estampillas para comida

Información sobre su grupo

8. Complete la siguiente información sobre todas las personas en el hogar, incluyendo usted. El Condado usará esta información solamente para determinar la elegibilidad.

Nombre (Apellido, nombre, nombre que usa en medio)	Número de Seguro Social (si no lo hay, escriba "ninguno")	Relación/ parentesco (es decir, hijo, amigo, esposa, niño de crianza temporal)	Marque con un círculo Masculino / Femenino	Fecha de nacimiento	¿Usted compra y prepara la comida con esta persona? (Marque con un círculo)
1.			Masculino / Femenino		Sí / No
2.			Masculino / Femenino		Sí / No
3.			Masculino / Femenino		Sí / No
4.			Masculino / Femenino		Sí / No
5.			Masculino / Femenino		Sí / No
6.			Masculino / Femenino		Sí / No
7.			Masculino / Femenino		Sí / No
8.			Masculino / Femenino		Sí / No
9.			Masculino / Femenino		Sí / No
10.			Masculino / Femenino		Sí / No

Ingresos y empleo

✓ 9. ¿Tiene o recibirá usted algunos ingresos este mes? Sí No

Anote todos los ingresos de su hogar a continuación:

Nombre de la persona que recibe el dinero	¿Cuánto recibe cada mes?
	\$
	\$
	\$
	\$

Recursos

✓ 10. ¿Cuánto dinero tiene usted? Esto incluye el dinero en cuentas bancarias, en su casa, o en cualquier otro lugar. \$ _____

Sólo para el uso del Condado:

Solicitud para estampillas para comida

Información importante

- En todos sus programas y actividades, el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) prohíbe la discriminación basada en la raza, color, sexo, religión, origen nacional, o creencias políticas. Usted puede presentar una queja si piensa que se le ha discriminado. Si usted no está de acuerdo con la decisión del condado, hay un proceso de apelación a su disposición.
- Es posible que la información en esta solicitud se comparta con oficinas federales, estatales y locales solamente con el propósito de verificar la elegibilidad para el Programa de Estampillas para Comida. Este proceso pudiera incluir la confirmación con el INS (Servicio de Inmigración y Naturalización) de la situación migratoria solamente de las personas que solicitan estampillas para comida. La ley federal estipula que el INS no puede usar la información para ninguna otra cosa a menos que sea un caso de fraude.

Firma

Certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes de los Estados Unidos de América y el Estado de California que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y completa según mi leal saber y entender.

Firma (Miembro adulto del hogar o representante autorizado)

Fecha

Firma del testigo o intérprete

Fecha

Firma del trabajador de elegibilidad

Fecha